

Instituto Superior Miguel Torga
Escola Superior de Altos Estudos

Contributo para a validação da ASKAS – *Aging
Sexual Knowledge and Attitudes Scale* em
cuidadores formais portugueses

Ângela Sofia Carvalho Conde



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2012



Contributo para a validação da ASKAS – *Aging
Sexual Knowledge and Attitudes Scale* em
cuidadores formais portugueses

Ângela Sofia Carvalho Conde

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre

em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

COIMBRA, Julho DE 2012

Figura da Capa: Esta foto é a minha Tia Irene e o meu Tio Abel. Pretende simbolizar o amor, amizade, companheirismo ao longo de 56 anos de casamento.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Professor Doutora Mariana Marques, pela paciência, disponibilidade, atenção, dedicação, profissionalismo, partilha de conhecimentos. Foi um ano que me permitiu desenvolver capacidades, consolidar conhecimentos o meu sincero e muito obrigada. Como sabe “é um Mundo!!”

À Professora Doutora Helena Espírito Santo, pelo profissionalismo, disponibilidade, atenção dispensadas e que sempre me facultou todo o apoio solicitado com o maior empenho.

À minha irmã Cátia que sempre acreditou nas minhas capacidades e me demonstrou todo o seu apoio.

Ao Ricardo, pela motivação, apoio e principalmente por estar presente nesta minha caminhada.

Aos meus Pais, pela presença constante, apoio permanente e fonte de motivação e inspiração que constituem na minha pessoa, e no meu trabalho.

À minha Família, Amigos e colegas que tiveram sempre uma palavra de incentivo, presenciando e partilhando inúmeros momentos ao longo deste ano.

A todos os que não nomeio, mas que me apoiaram sempre, fica também expresso o meu eterno agradecimento.

Aos meus avós, que apesar de já não estarem entre nós sempre foram homens de força e coragem, exemplo que quero seguir. Obrigado, sei que me continuam a dar força.

Por último, mas não menos importante queria agradecer a cooperação de todos os cuidadores formais de todas as instituições, sem os quais não teria sido possível a realização da presente dissertação. Obrigado pela colaboração e disponibilidade.

A todos, o meu sincero Bem-Haja!

Resumo

Não existe nenhuma escala validada para a população portuguesa que avalie as atitudes e conhecimentos possuídos por profissionais/cuidadores formais acerca da sexualidade no idoso. Assim, pretendemos adaptar e validar a versão portuguesa da escala *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale – 28 itens* (ASKAS; Viana, 2008). Método: Depois do processo de tradução-retroversão, aplicou-se a ASKAS a uma amostra de 205 cuidadores formais de idosos, pertencentes a diferentes instituições, dos quais 186 (90,7 %) eram do género feminino e 19 (9,3%) do género masculino, com uma idade compreendida na média dos 79,4 anos (DP = 6,84). Resultados: A escala apresenta uma consistência interna boa (alfa = 0,823) para a dimensão dos conhecimentos e para a dimensão das atitudes (alfa = 0,749). A correlação teste-reteste/temporal para a ASKAS-28 foi significativa, revelando uma correlação elevada de acordo com Cohen (1992) muito abonatório deste parâmetro. Através de correlações do ponto bisserial, fomos testar associações entre as variáveis centrais do estudo: Conhecimento e Atitudes (explorando apenas os resultados obtidos na primeira administração) e as diferentes variáveis sociodemográficas consideradas neste estudo: género, estado civil (categorizado), escolaridade (categorizada), função/actividade exercida (categorizada); tempo de serviço (categorizado), horas de trabalho por semana (categorizado), ter tido ou não formação na área da sexualidade no idoso e religião (ser-se ou não religioso). Conclusão: Este estudo mostra que a versão portuguesa da escala ASKAS é uma escala fidedigna e válida para a população portuguesa.

Palavras-Chave: *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* - ASKAS, Sexualidade, Atitudes, Conhecimentos, Idoso.

Abstract

Key-Words: *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* - ASKAS, Sexuality, Attitudes, Knowledge, Elderly.

ÍNDICE

Agradecimentos	3
Resumo/Abstract	4
Índice	5
Índice de Quadros	6
1.Introdução	7
2.Metodologia	13
2.1.Âmbito Geral do Estudo	13
2.2.Procedimentos	14
2.3.Instrumenos	16
2.3.1.Questões sociodemográficas	16
2.3.2. <i>Aging Sexual Knowledge And Attitudes Scales (White, 1982)</i>	17
2.4.Análise Estatística	19
2.5.Amostra	20
3.Resultados	24
3.1. Distribuição das respostas aos itens	24
3.2. Fidelidade	27
3.3. Consistência Interna e Análise Fatorial	29
3.4. Validade de Construto	31
4. Discussão/Conclusão	34
5. Referências Bibliográficas	39
Lista de Anexos	44

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1: Variáveis Sociodemográficas (categorizadas): sexo e idade	20
Quadro 2: Variáveis Sociodemográficas (categorizadas): religião.....	21
Quadro 3: Variáveis Sociodemográficas (categorizadas): estado civil.....	21
Quadro 4: Variáveis Sociodemográficas (categorizadas): grau de escolaridade.....	22
Quadro 5: Variáveis Sociodemográficas (categorizadas): profissões.....	22
Quadro 6: Variáveis Sociodemográficas (categorizadas): tempo de serviço.....	23
Quadro 7: Variáveis Sociodemográficas: Formação/Curso acerca do tema “Sexualidade no Idoso”.	23
Quadro 8: ASKAS-28 Conhecimento	25
Quadro 9: ASKAS-28 Atitudes	25
Quadro 10: ASKAS-28 Conhecimento Reteste.....	26
Quadro 11: ASKAS-28 Atitudes Reteste	26
Quadro 12: Distribuição das respostas aos itens.....	28
Quadro 13: Distribuição das respostas aos itens.....	29
Quadro 14: Média, desvio padrão dos fatores Conhecimento e Atitudes (1ª administração e reteste)	30
Quadro 15: Correlação de Pearson.....	31
Quadro 16: Correlações do ponto bisserial entre as variáveis Conhecimento e Atitudes da ASKAS-28 e as variáveis sociodemográficas.....	31

1. INTRODUÇÃO

Sexualidade no Idoso

O amor rodeia-nos em qualquer lugar intemporalmente

A Organização Mundial da Saúde clarifica que a sexualidade corresponde às diferentes formas que experimentamos e como nos expressamos enquanto seres sexuados; inclui o modo como reconhecemos o nosso papel de género e a capacidade que temos para experienciar e responder em termos eróticos (OMS, 2006). A sexualidade é a forma como a pessoa se expressa enquanto humano, isto é, o ser-se homem ou mulher, não apenas na relação sexual, mas em todo o seu ser, na procura de amor, contacto e intimidade (Nodin, 2001; Oliveira, 2008). Logo, a sexualidade integra o modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. Passa por ser-se sensual e, ao mesmo tempo, sexual, e influencia também a nossa saúde física e mental (Lima, 2006).

Os primeiros estudos publicados sobre a temática da sexualidade na pessoa idosa remetem a Kinsey e seus colaboradores, no final da década de 40, do século passado. Estes investigadores descrevem que à medida que a idade avança, diminui o número de relações sexuais por semana (Kinsey, Martin, Pomeroy, & Gebhard, 1948, 1953).

Masters e Johnson, em meados da década de 60, afirmaram que a resposta sexual do homem diminui com a idade, devido ao contributo de diversas variáveis fisiológicas e psicossociais. O mesmo acontecerá com a mulher, já que a resposta sexual masculina é externa e mais evidente comparativamente com a feminina (Masters & Johnson, 1966).

Na década de 70, a psicóloga e feminista Shere Hite apresentou um estudo em que deu a conhecer melhor a fisiologia da sexualidade feminina e onde incluiu um breve capítulo sobre a sexualidade das idosas, referindo que a menopausa significou uma libertação para as mulheres que já não estão sujeitas à hipótese de engravidar e podem aproveitar melhor a sexualidade (Hite, 1979).

Não existe uma idade definida para que a atividade, os pensamentos ou o desejo sexual acabem, e a sociedade deve ter noção de que durante toda a vida o ser humano pode ser sexualmente ativo (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006; Lima, 2006). No entanto, a vivência da sexualidade altera-se com a idade, apresentando algumas características próprias em cada período de desenvolvimento (López & Fuertes, 1999).

A influência dos fatores de ordem psicológica e social no exercício da sexualidade é referida por Kinsey e colaboradores e por outros autores (Kinsey, Martin, Pomeroy, & Gebhard, 1953; Nagaratnam, 2002; Rheaume et al., 2008), que expressam que a diminuição do desejo sexual nas mulheres parece relacionar-se mais com aspetos psicológicos, do que fisiológicos (de facto, na sociedade, a menopausa é comumente associada à perda do interesse e do prazer sexual). Rheaume e colaboradores (2008) ao compararem idosos com jovens, verificaram que no idoso é necessário uma maior estimulação e este pode demorar mais tempo para alcançar a ereção, podendo o orgasmo ser pequeno e menos intenso. Também à medida que se vai envelhecendo, o idoso começa a ter mais receios (generalizados e relativos à área sexual), o que pode originar medo de apresentar um desempenho sexual inferior (Oliveira, 2008).

Os resultados dos estudos realizados neste campo vão de encontro ao que foi referido, evidenciando uma diminuição da frequência das atividades e do interesse sexual com o envelhecimento (Lima, 2006; López & Fuertes, 1999). Porém, a maneira como cada pessoa idosa concebe subjetivamente e vivencia a sua sexualidade não tem início com o envelhecimento, mas faz parte do seu desenvolvimento desde o nascimento (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006; Mahieu et al., 2011; White, 1982). Assim, existe heterogeneidade quanto às vivências e práticas sexuais, com determinados fatores a contribuírem para as diferenças individuais: as características das relações sexuais na juventude, o estado de saúde, a toma de medicamentos, a existência de alterações psicopatológicas e aspetos psicossociais (existência de um parceiro estável, frequência e qualidade da relação, nível educacional e vivência e integração social das pessoas idosas) (Lima, 2006; López & Fuertes, 1999; Rathus, Nevid, & Fichner-Rathus, 2005).

Como vimos, a sexualidade é significativamente influenciada por variáveis de natureza psicológica (relativas ao indivíduo) e de natureza social (relativas à sociedade e cultura em que o indivíduo se insere), como, a atividade sexual a ser muitas vezes condicionada por causas de natureza psicossocial. De facto, o comportamento sexual é determinado pela cultura, religião e educação, cuja influência vai-se fazer sentir na forma como a sexualidade é vivenciada ao longo da vida (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006; Mahieu et al., 2011; White, 1982).

De facto, as mudanças relacionadas com a idade são inevitáveis, mas tal não implica que haja necessariamente um prejuízo no prazer masculino e feminino, pois há evidências que, apesar das transformações, as pessoas idosas podem ser capazes de desfrutar de uma relação sexual prolongada e de experienciarem prazer, salvo os casos

em que existe doença orgânica que impeça a atividade física (Lima, 2006). Como adiantam López e Fuertes (1999), as pessoas idosas mantêm o interesse e a capacidade sexual até idades muito avançadas. Quando tal não acontece, a perda de interesse e a incapacidade devem-se a problemas de saúde, mas, essencialmente, a fatores de ordem ambiental, os quais inibem o seu interesse face aos comportamentos sexuais. Em suma, e segundo Martins (2002), a sexualidade deve estar presente até à morte, com comportamentos naturalmente diferentes dos que são manifestados na juventude.

Porém, em muitas culturas, a pessoa idosa continua a ser vista como incompetente e impotente sexualmente (López & Fuertes 1999). Por vezes, ela acaba mesmo por aceitar este estereótipo como forma de se inserir na sociedade, ocupando o espaço que lhe é concedido, o que a impede, em muitos casos, de obter prazer sexual e vivenciar a sexualidade nesta etapa de vida (Lima, 2006).

Atitudes e conhecimentos sobre a sexualidade em cuidadores de idosos

Um contexto onde a expressão da sexualidade na pessoa idosa pode constituir um problema ou mesmo tabu diz respeito aos casos em que está/é institucionalizada pois, nestes espaços, a sexualidade é vulgarmente ignorada, sendo raras as instituições onde a sexualidade/intimidade/afetividade é salvaguardada e/ou incentivada (López & Fuertes 1999). Assim, muitas vezes, a pessoa idosa que está institucionalizada não exprime a sua sexualidade, temendo provocar uma reação negativa por parte dos cuidadores formais, sociedade e da sua própria família que os culpabiliza por se interessarem pela atividade sexual (Bauer, 1999; López & Fuertes 1999). Acresce que, quando o idoso é institucionalizado, essa situação pode marcar o fim de muitos tipos de liberdade, principalmente dos cuidados íntimos básicos, os quais passam a ser prestados por outros (cuidadores formais), algumas vezes do sexo oposto, o que contribui também para a perda de liberdade sexual (Scott 1996; Watters, 2009).

Segundo Bauer (1999) a expressão sexual dos idosos que vivem institucionalizados é nula, com as atitudes por parte dos cuidadores dessas instituições a poderem, muitas vezes, provocar uma reação exagerada.

Segundo Smith (2002) uma atitude é um estado mental ou neural, organizado através da experiência e que exerce uma influência dinâmica sobre as respostas individuais e sobre todos os objetos ou situações com o qual está relacionado.

Logo, as atitudes são de caráter privado e formam-se através da experiência, ou seja, não se nasce com atitudes, pois estas são adquiridas através de um processo de socialização que, por sua vez, vai influenciar o comportamento. Portanto, uma atitude passa a ser uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento (Ajzen, 1988; Bouman, Arcelus & Benbow, 2006).

Segundo Oppenheimer (2002) existem três tipos de atitudes que as pessoas possuem em relação à sexualidade nos idosos. A primeira é a atitude de silêncio (discreto) em que não é agradável falar sobre esta temática. Esta atitude apresenta um pólo positivo e um pólo negativo. O positivo parece significar que a privacidade é respeitada, com as pessoas a fazerem as suas próprias escolhas, sem despertar a curiosidade ou interferência. O negativo diz respeito às situações em que surgem problemas, desenvolvendo-se em segredo, podendo gerar medo, sofrimento e até vergonha. A segunda atitude é a de desagrado, pois o sexo em pessoas mais velhas é visto como “*feio*”. Finalmente, a terceira atitude passa por encarar a sexualidade como dizendo apenas respeito aos órgãos genitais.

Apesar de ainda terem sido pouco estudadas as atitudes que os cuidadores formais têm em relação às questões sexuais das pessoas idosas, no geral, estas são negativas devido à atitude dos cuidadores e à falta de desenvolvimento de políticas de saúde (Bouman, Arcelus, & Benbow, 2006). Realça-se que estas atitudes negativas derivam, muitas vezes, do contexto social, moral, cultural, educacional e religioso. Estes contextos podem conduzir, de facto, a atitudes mais negativas (Bouman, et al., 2006).

É referido, também, que uma experiência prévia mais negativa ocorrida na interação com pessoas idosas pode relacionar-se com atitudes mais negativas por parte do cuidador formal ou informal (Glass et al, 1986). Porém, quando o cuidador formal ou informal recebe formação, tem um maior nível educacional e/ou socioeconómico e tem mais experiência profissional, geralmente preveem-se atitudes mais positivas por parte desses cuidadores (Aja & Self, 1986; Glass et al., 1986; Sullivan-Miller, 1987; White & Catania, 1982).

É necessário, também, ter em conta o modo como a família (cuidadores informais) vive a sexualidade (nas diferentes fases da vida) e se esta vai influenciar a conceção possuída pelo indivíduo desde criança (que se vai tornar idoso) acerca da mesma, na medida em que a família é entendida como o principal agente no processo inicial de internalização dos padrões socioculturais, constituindo o núcleo onde se

constroem as imagens e representações da sociedade e onde se reproduz a ideologia esperada (Hajjar et al., 2003).

Na maioria das sociedades industrializadas a conceção sobre a velhice não está ainda isenta de mitos e preconceitos, prevalecendo falsos estereótipos como os associados à assexualidade, com prejuízo para o exercício de relacionamentos afetivos e sexuais (Mahieu et al., 2011). Salientam-se alguns estereótipos mais comuns em relação aos idosos: a maioria dos homens idosos perde o desejo e a capacidade para (ou de) ter relações sexuais; a satisfação na relação sexual diminui consideravelmente depois da menopausa; a sexualidade é reprodução, é juventude (Lima, 2006; Watters, 2009; Weeks, 2002). De facto, muitos são os que confundem o sexo com o ato sexual, não concebendo, deste modo, a sexualidade integral do indivíduo: as manifestações de carinho e afeto, o companheirismo e a ternura (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006; Nagaratnam, 2002).

Os preconceitos em torno da sexualidade na terceira idade podem levar ou levam mesmo a que as pessoas idosas encarem os desejos sexuais com sentimentos conflituosos e de culpa, o que faz com que estes, apesar de sentirem vontade e desejos sexuais, acabem por desistir de manter a sexualidade ativa (Lima, 2006). As atitudes dos cuidadores formais e informais contribuem para o meio social e isto pode resultar num comportamento assexual por parte dos residentes (Lyder, 1992).

Normalmente as atitudes dos cuidadores formais estão presentes quando estes são confrontados com o comportamento sexual do idoso, pois podem não se sentir bem e porem em causa o próprio cuidado ao idoso, pois este é visto como ofensivo, devido à sua religiosidade ou moralidade (Berger, 2000; Mahieu et al., 2011). A atividade sexual por parte do idoso pode mesmo levar os cuidadores a expressar ou apresentar atitudes negativas perante os idosos. Assim, face ao comportamento sexual por parte do idoso, geralmente, os cuidadores não sabem como agir e sentem-se muitas vezes com raiva, vergonha e muita confusão (Berger, 2002; Bouman, et al., 2006; Hajjar et al., 2003; Mahieu et al., 2011).

Sabe-se também que a falta de formação na área da educação sexual nos cuidadores formais é um dos problemas presente em várias instituições, o que os conduz a terem atitudes mais negativas. Assim, alguns autores consideram essencial investir num programa educacional para que os cuidadores tenham mais conhecimentos sobre a sexualidade dos idosos, formando depois atitudes mais positivas (Walker, Osgood, Richardson, & Ephross, 1998). Estes últimos propuseram três áreas importantes

relacionadas com a sexualidade do idoso que os cuidadores formais deveriam desenvolver: 1) mais informação e conhecimento relacionado com a sexualidade dos idosos disponíveis na comunidade médica e sobre as investigações na área do comportamento sexual do idoso; 2) atitudes mais positivas e tolerantes e diferentes perspetivas em relação à sexualidade dos idosos com base na crença de que o comportamento sexual entre os idosos varia (quando se é mais jovem tem-se outro comportamento sexual) e também com base em informação sobre como o idoso se sente em relação à sua própria sexualidade; 3) prática adequada de respostas por parte dos cuidadores formais para com os idosos em relação à sexualidade, com os cuidadores a deverem ter em consideração o que é aceitável para o próprio idoso.

Muitas instituições funcionam numa perspetiva parental, tentando controlar os comportamentos, em vez de adotarem uma postura de apoio às escolhas autónomas de cada residente (McCartney et al., 1987). Uma prática com importância significativa é a prática da separação dos casais. Muitos dos casais que viveram intimamente durante muitos anos sentem-se divididos quando são encaminhados ou vão para um lar de idosos (Parker, 1991). Isto pode ser angustiante e até mesmo doloroso de comunicar a um residente. Apesar de terem sido sexualmente ativos durante toda a sua vida, devem eliminar esta parte da sua identidade quando entram numa instituição de prestação de cuidados a longo prazo (Spector & Fremeth, 1996).

Apesar do reconhecido aumento da importância da expressão sexual entre os residentes de instituições e o aumento da vontade em discutir este tema (Holmes et al., 1997), a atividade sexual entre residentes de instituições permanece uma componente ignorada na comunidade em geral (científica e leiga) (Mulligan & Palguta, 1991).

Instrumentos de avaliação da sexualidade no idoso

Existem alguns instrumentos para avaliar a sexualidade no idoso. São eles o *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* (ASKAS; White, 1982), ou seja, Escala de Atitudes e Conhecimentos sobre a Sexualidade no Idoso; o *Aging Sexuality Knowledge and Attitude Scale for Dementia* (DEMASKAS; Livni 1994), o *Knowledge and Attitudes Toward Elderly Sexuality Scale* (KATES; Walker & Harrington, 2002; Walker et al., 1998), o *Sex Knowledge and Attitude Test* (SKAT; Aja & Self, 1986) e o *Attitude Rating Scale* (LTK; Aja & Self, 1986).

De referir que a *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* (ASKAS; White, 1982) é o único que se encontra validado para a população brasileira, e que nenhum se encontra validado para a população portuguesa. A versão original foi construída com o intuito de avaliar os conhecimentos e atitudes da sexualidade nos idosos. Este instrumento tem sido o mais utilizado a nível internacional, devido à forma como foi construído e por possuir poucos itens, (um total de 61), enquanto que outras escalas contêm um número superior de itens (e.g. 80 itens, 106 itens) (Mahieu et al., 2011). Posteriormente, Viana (2008) validou a ASKAS para a população brasileira, com a sua versão a ser composta apenas por 28 itens (ASKAS-28).

Objetivos

Com este estudo procura-se colmatar a lacuna presente no nosso país ao nível dos instrumentos que avaliam a sexualidade do idoso.

Assim, o nosso principal objetivo é a adaptação e validação preliminar para a população portuguesa - português (de Portugal) a ASKAS-28 de Viana (2008) (apêndice1).

2. METODOLOGIA

2. 1. Âmbito Geral do estudo

Esta dissertação faz parte do *coorte* I de um projeto de Investigação baseado na população, o *Trajetórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Fatores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*, cujo principal objetivo consiste no rastreio cognitivo e na avaliação / caracterização/multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social (utentes da rede de serviços sociais para idosos) no concelho de Coimbra. Este projeto encontra-se em realização no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) e decorre em parceria com o Centro de Estudos da População Economia e Sociedade. Nomeamos alguns dos objetivos gerais do mesmo: conhecimento do número de idosos que são saudáveis, de idosos que sofrem de declínio cognitivo (números dos que estão em risco) e que sofrem de demência, que estão sob resposta social na região centro; desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação precoce cognitiva, emocional e comportamental a aplicar nos vários estágios da doença/demência; caracterização multidimensional dos idosos (saúde física, saúde mental, funcionamento cognitivo, emocional e comportamental, atividades da vida

diária e recursos sociais); estudo da evolução de várias funções cognitivas, dos aspetos emocionais e comportamentais e da qualidade de vida.

Da equipa de investigação fazem parte alguns elementos do grupo de docentes do Instituto Superior Miguel Torga, sendo a coordenadora executiva do projeto a Professora Doutora Helena Espírito Santo. Vários alunos do ISMT têm vindo a colaborar na recolha dos dados (que continua em curso), sua informatização e análise estatística, desde Novembro de 2010.

2.2. Procedimentos

Várias instituições (e.g., Centro de Almalaguês, Casa da Saúde de Coimbra) que proporcionam resposta social à população idosa no Concelho de Coimbra foram contactadas (por carta, com uma exposição pormenorizada do estudo) para que se pudesse posteriormente proceder à administração da bateria de testes (descrito mais à frente). Após este contacto inicial e após o estabelecimento de protocolos de parceria, a recolha de dados foi realizada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano do 1º ciclo/Licenciatura e estudantes do 1º ano do 2º ciclo/Mestrado Integrado em Psicologia Clínica)¹ supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior. Cada idoso, depois de ter fornecido o seu consentimento informado², foi avaliado com uma bateria de testes dividida em duas sessões, distintas sendo esta administrada por dois estudantes. Na primeira sessão foram aplicados o *Mini Mental State Examination/Avaliação Breve do Estado Mental* (MMSE), o *Geriatric Anxiety Inventory/Inventário Geriátrico de Ansiedade* (GAI) a *Geriatric Depression Scale/Escala Geriátrica da Depressão* (GDS), a *Satisfaction with Life Scale/Escala de satisfação com a Vida* (SWLS) e o *Positive and Negative Affect Schedule/Lista de Afetos Positivos e Negativos* (PANAS), por alunos do 3º ano do 1º ciclo. Esta aplicação durou cerca de 20 a 30 minutos. Já na segunda sessão, a administração dos testes foi realizada por um estudante do 1º ano do 2º ciclo, durando cerca de 60 minutos e incluiu o *Montreal Cognitive Assessment/Avaliação Cognitiva de Montreal* (MOCA), a *Rey Complex Figure/Figura Complexa de Rey*, 3 testes de Fluência Verbal, teste Stroop, *Rey 15-item* e o Teste do troco e do dinheiro. Na terceira sessão, realizada por alunos do 1º e 2º ano do 2º Ciclo, que durava cerca de 30 minutos, foram aplicados o FAB (Bateria de Avaliação Frontal), e o Questionário sobre o sono na terceira idade.

¹ Estes estudantes tiveram ações de formação e treino prático na administração dos testes.

² Ou alguém responsável pelo idoso.

No presente ano letivo pretendemos, no âmbito do Projeto Trajetórias do Envelhecimento, validar a escala ASKAS-28 para que possa ser utilizada junto dos profissionais que trabalham com idosos institucionalizados no nosso país. Tratando-se de uma versão mais curta que a original ASKAS (composta por 61 itens), e sendo, um instrumento de preenchimento breve, considerámos que a sua validação constituiria uma mais-valia e colmataria a falta de instrumentos validados para a população portuguesa nesta área, permitindo não sobrecarregar os profissionais, em estudos que pretendam focar as atitudes e conhecimentos acerca da sexualidade dos idosos. Por outro lado, considerámos que a administração do questionário também nos permitiria, explorar a forma como os cuidadores formais avaliam/percecionam a sexualidade nos idosos (conhecimento e atitudes) que possuem nesta área, testando, igualmente, as associações entre os dois domínios e as variáveis que incluímos no questionário sociodemográfico. A ASKAS original e a versão brasileira (ASKAS-28), encontram-se descritas na secção 2.3..

Importa, aqui, descrever os procedimentos seguidos para podermos, então, concretizar o nosso objetivo central. Depois de obtida a autorização dos autores da versão original e da versão brasileira (White e Viana) (apêndice 2), para se poder proceder à validação desta versão para a população portuguesa, realizámos primeiro a tradução do português do Brasil para o português de Portugal (realizada pela autora deste estudo, sua orientadora, coordenadora geral do projeto e uma colega que nasceu no país de língua igual à da escala, tendo domínio linguístico e cultural do idioma original e da língua para a qual o instrumento vai ser adaptado). De seguida, administrámos esta versão junto de 5 profissionais que trabalham com idosos institucionalizados para verificar a compreensão geral dos itens. Os sujeitos responderam ao questionário e depois foram entrevistados para se verificar se entenderam o significado dos itens. Depois de obtido feedback por parte dos profissionais, procedemos às seguintes alterações: 1) no item 6 – “*A maioria das mulheres é sexualmente frígida*” foi alterada para: “*A maioria das mulheres é sexualmente indiferente*” “ e 2) item 22 – “*Os barbitúricos, os tranquilizantes e o álcool podem diminuir a ativação sexual de pessoas idosas e interferir na responsividade sexual*” foi alterada para “*Os calmantes, os ansiolíticos e o álcool podem diminuir a ativação sexual de pessoas idosas e interferir na responsividade sexual.*” Depois desta alteração dos itens, procedemos à retroversão do instrumento (realizada pela autora deste estudo, sua orientadora, coordenadora geral do projeto e

colega que nasceu no país de língua igual à da escala). Verificámos atentamente a equivalência geral existente entre a versão original e a retroversão. Depois destes procedimentos, a ASKAS-28 foi, então, englobada, no protocolo do Projeto Trajetórias do Envelhecimento, sendo administrada numa quarta sessão. A mesma foi preenchida por funcionários/cuidadores formais que trabalham em instituições que recebem idosos, em diferentes valências (Centro de dia, Centro de noite) e não pelo idoso. A escala foi entregue aos funcionários/cuidadores formais pelos alunos do 2º ciclo do 2º ano de Mestrado e foi posteriormente recolhido. Esta escala foi administrada nas instituições que já haviam colaborado na realização das outras avaliações e em mais sete instituições, em que foi pedido autorização (apêndice 3) (e.g. Lar Residencial de Apoio à 3ª Idade da Nossa Senhora dos Remédios, Centro de Apoio a Idosos Nossa Senhora da Conceição de Fanhais, Centro Paroquial de São Joaninho, etc.), algumas fora do Concelho de Coimbra. Nestas apenas foi administrada a ASKAS-28. A referida escala foi novamente administrada após 4 semanas junto de 27 funcionários (cuidadores formais) da instituição Casa de Repouso Solar das Chãs.

2.3. Instrumentos

2.3.1. Questões sociodemográficas

Antes mesmo de os funcionários preencherem o questionário foram-lhes colocadas algumas questões sociodemográficas e relativas ao seu contacto com a população idosa, o qual é apresentado de seguida juntamente com as respetivas opções de resposta: **idade** (resposta aberta); **género** (feminino; masculino); **estado civil** (solteiro/a; casado/a/vive com companheiro/a; separado/a/divorciado/a; viúvo/a); **escolaridade** [Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade; 1º ciclo do ensino básico (4.ª classe); 2º ciclo do ensino básico (5º/6º ano); 3º ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano); ensino secundário (10º ao 12º ano); curso novas oportunidades (9º ao 12º ano); curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)]; função/atividade profissional exercida na instituição (resposta aberta); **tempo de serviço na instituição** (resposta aberta); em média, **quantas horas por semana ocupa a prestar cuidados aos idosos** da instituição onde trabalha? (resposta aberta); já teve alguma **formação/curso** (fora ou dentro da instituição para a qual trabalha) acerca do **tema “sexualidade no idoso”**? (resposta aberta) e, por último, qual a sua **religião** (resposta aberta).

2.3.2. *Aging Sexual Knowledge And Attitudes Scales (White, 1982)*

A escala *Aging Sexual Knowledge And Attitudes Scales*/Atitudes e Conhecimentos sobre a Sexualidade nos idosos (ASKAS) foi desenvolvida por Charles White e visa avaliar o conhecimento sobre a sexualidade e atitudes relativas à sexualidade nos idosos (White, 1982).

Para além disso, a escala pode funcionar como a base para discussões sobre as atitudes sexuais e o conhecimento sexual. Se esta escala avalia o funcionamento sexual no envelhecimento, pode ser aplicada junto de idosos, funcionários de várias instituições, cuidadores formais (e.g. lares) ou mesmo cuidadores informais (e.g. familiares, voluntários, etc.) (White, 1982).

A escala contém 61 itens e estes foram elaborados a partir de várias pesquisas fisiológicas sobre a sexualidade das pessoas idosas e de uma revisão de literatura sócio-psicológica sobre sexualidade no envelhecimento/idoso (White, 1982). De entre os 61 itens, trinta e cinco apresentam formato “verdadeiro/falso/não sei” (verdadeiro = 1 ponto, falso = 2 pontos e não sei = 3 pontos) e 26 itens formato tipo *Likert* de 7 pontos, desde o “discordo totalmente” (0 pontos), “discordo em parte” (1 ponto), “não concordo nem discordo” (2 pontos), “concordo em parte” (3 pontos) e, por fim, “concordo totalmente” (4 pontos) (White, 1982). As primeiras 35 questões pretendem verificar o conhecimento dos funcionários (cuidadores formais) sobre as transformações que vão acontecendo na sexualidade com o passar do tempo; as outras questões avaliam as atitudes dos funcionários (cuidadores formais) em relação ao comportamento sexual dos idosos (White, 1982). Neste trabalho, o autor apresenta as respostas corretas a cada item da parte conhecimento. Explica que uma pontuação mais baixa nesta parte do questionário é indicativa de maior conhecimento. Inversamente, uma pontuação elevada indicará baixo conhecimento, pois o sujeito, presumivelmente, terá assinalado mais questões “não sei”, ou terá errado mais nas questões “verdadeiro” ou “falso” (White, 1982). No caso do domínio das atitudes, uma pontuação baixa nos itens aponta para uma posição mais liberal. Já uma pontuação mais elevada pode indicar-nos uma atitude mais conservadora ou menos favorável à sexualidade do idoso (White, 1982). A escala apresenta itens invertidos, os quais não importam destacar aqui, porque o presente estudo foca-se na versão reduzida da ASKAS-28 e não nesta versão original.

Segundo White (1982), a ASKAS (ambas as partes – *Atitudes* e *Conhecimentos*) apresenta uma boa fidegnidade, quando aplicada junto de diferentes amostras (e.g. pessoal de enfermagem que trabalham numa instituição, familiar de idosos, idosos), traduzindo o conhecimento sobre a sexualidade e o envelhecimento e as atitudes em

relação à sexualidade na terceira idade. A fidegnidade foi demonstrada pela homogeneidade dos itens, refletida nos coeficientes de consistência interna, pelas correlações split-half positivas e elevadas e pelas correlações elevadas no teste-reteste. A validade da escala foi demonstrada pela sensibilidade da mesma a formações na área da sexualidade nos idosos, de novo em diferentes amostras (e.g. pessoal de enfermagem que trabalham numa instituição, familiar de idosos, idosos). Assim, White e Catania (1981) verificaram que no grupo exposto a uma formação nesta área, havia diferenças nos resultados obtidos, por comparação com o grupo de controlo, onde essas diferenças não se verificavam do teste para o reteste.

Viana (2008) adaptou e validou a ASKAS para a população brasileira. De acordo com a autora a escala era longa e possivelmente não seria respondida na sua totalidade, já que demorava uma média de 45 minutos a ser preenchida. Assim, do seu trabalho de adaptação e validação da ASKAS, resultou uma versão mais curta, que demora 20 minutos a ser respondida e que é composta por 28 itens. Vinte avaliam o domínio *Conhecimento* e estes mantêm o formato “verdadeiro/falso/não sei” (verdadeiro = 1 ponto, falso = 2 pontos e não sei = 3 pontos). A autora explica que durante o processo de adaptação e validação da escala, os idosos que participaram no seu pré-teste tiveram dificuldades em responder à segunda parte da escala (relativa às *Atitudes*). Assim sendo, optou por alterar as opções de resposta desta parte da escala, passando as mesmas a apresentar, na mesma, o formato de tipo Likert, mas de 5 pontos, desde o “discordo fortemente” (1 ponto), “discordo em parte” (2 pontos), “não concordo nem discordo” (3 pontos), “concordo em parte” (4 pontos) a “concordo totalmente” (5 pontos) (Viana, 2008). No seu trabalho, a autora reporta-se aos itens invertidos da versão original de White (1982) (1, 10, 14, 17, 20, 30 e 31 – *Conhecimento*; 44, 47, 48, 50 a 56 e 59 – *Atitudes*) e não refere os que no seu trabalho são invertidos. Ainda assim, analisando o conteúdo dos itens que a autora manteve na sua versão, rapidamente concluímos quais são esses itens. Porém, importa, desde já, referir que aquando do nosso processo de adaptação e validação preliminar da ASKAS-28 e analisando precisamente o conteúdo dos itens, verificámos que o item 18 (relativamente ao domínio *Conhecimento*), que deveria ser claramente invertido, não é referido pela autora como tal. Para além disso, no domínio *Atitudes*, a autora refere-se ao item 24 como devendo ser invertido, o que se confirma, mas não refere os itens 25 a 28 como devendo ser invertidos, o que se verifica na realidade.

Relativamente às propriedades psicométricas das dimensões, Viana (2008) realizou uma análise fatorial exploratória, tendo encontrado inicialmente uma solução fatorial de 13 fatores. Numa posterior análise fatorial confirmatória, forçada a dois fatores, Viana (2008) encontrou uma estrutura fatorial composta por dois fatores, precisamente *Conhecimento* e *Atitudes*. O domínio *Conhecimento* apresentou um alfa de Cronbach de 0.906 (muito boa) (Pestana & Gageiro, 2008) e o domínio *Atitudes* um alfa de 0.826 (boa) (Pestana & Gageiro, 2008).

2.4. Análise Estatística

Para a realização deste trabalho recorremos a um programa informático de análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Apresentamos, estes dados as estatísticas descritivas e de tendência central e dispersão quer para as variáveis sociodemográficas, quer para os itens da ASKAS-28.

Sendo nosso objetivo a adaptação e validação da ASKAS-28 para a população portuguesa, tivemos de recolher uma amostra significativa. Kerlinger (1986) indica um número de dez sujeitos por cada item do instrumento, outras fontes, como, Nunnally (1970) refere que cinco sujeitos por cada item são suficientes. Atendendo a este último critério necessitaríamos de 140 sujeitos. Verificamos o seu cumprimento, visto que amostra final é composta por 205 sujeitos, mulheres (90,7%) e homens que cuidam diretamente do idoso em instituições.

Realizou-se uma análise fatorial através de uma análise de componentes principais, seguida de rotação *Varimax* para componentes com *eigenvalues* igual ou superiores a 1 (seguindo-se as indicações de Pallant, 2007) e procedeu-se a cálculos relativos à fidelidade dos instrumentos de avaliação psicológica: coeficientes alfa de Cronbach (α) de consistência interna; α excluindo os itens e coeficientes de correlação entre cada item e o total (excluindo o item). Os valores do α foram interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): < 0,6 – inadmissível; 0,6 a 0,7 - fraca; entre 0,7 e 0,8 razoável; entre 0,8 e 0,9 boa; superior a 0,9 muito boa.

Procedemos, inicialmente, a uma análise fatorial exploratória da escala e, depois, a uma análise fatorial confirmatória, forçando a solução a dois fatores, tal como na versão original de White (1982) e na versão da ASKAS-28 (Viana, 2008). As

estratégias usadas para extrair o número de fatores foram o critério de Kaiser (Kaiser, 1970, 1974) e o *scree test* de Catell (Catell, 1966).

Realizámos correlações de Pearson para testar a estabilidade teste-reteste. Para estudar a validade de construto fizemos correlações do ponto bisserial para testar associações entre os domínios *Conhecimento* e *Atitudes* e as diferentes variáveis sociodemográficas e, também, para testar a estabilidade teste-reteste da ASKAS-28. Para classificar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,01, baixa; 0,30, moderada e 0,50 elevada.

2.5. Amostra

A nossa amostra é constituída por 205 funcionários de instituições (cuidadores formais) que recebem idosos. Nas Tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7 apresentamos as variáveis sociodemográficas (com todas as categorias/opções de resposta e já categorizadas).

Tabela 1. *Variáveis Sociodemográficas: sexo e idade*

Sexo	<i>n</i> (%)
Masculino	19 (9,3)
Feminino	186 (90,7)
Total	205 (100)
Idade	<i>M</i> (<i>DP</i>) Varição
	41.4 (11.3) 20-68
Total	205 (100)
Idade	<i>n</i> (%)
Idade <= 41 anos	103 (50,2)
Idade >= 42 anos	102 (49,8)
Total	205 (100)

É possível verificar que a nossa amostra é maioritariamente constituída por mulheres ($n = 186$; 90,7 %). Verificámos que a nossa amostra total apresenta uma idade média de 79,4 anos ($DP = 6,84$), com os funcionários/cuidadores formais a apresentarem entre os 20 e os 68 anos de idade.

Quanto à questão sobre a religião (Tabela 2), apuramos que a maioria têm uma religião ($n = 145$; 70,7%) e que a maioria é católica/cristã ($n = 142$; 69,3%).

Tabela 2. *Variáveis Sociodemográficas: religião*

Religião	<i>n</i> (%)
Sim	145 (70,7)
Não	60 (29,3)
Total	205 (100)
Religião	<i>n</i> (%)
Sem religião	60 (29,3)
Católica/Cristã	142 (69,3)
Ortodoxa	1 (0,5)
Evangélica	2 (1,0)
Total	205 (100)

Quanto ao estado civil (Tabela 3) destacamos que a maioria da nossa amostra é casada ($n = 124$; 60,5%).

Tabela 3. *Variáveis Sociodemográficas: estado civil*

Estado civil	<i>n</i> (%)
Solteiro	41 (20,0)
União de facto	13 (6,3)
Casado	124 (60,5)
Divorciado/Separado	22 (10,7)
Viúvo	5 (2,4)
Total	205 (100)
Estado civil	<i>n</i> (%)
União de facto/casado	137 (66,8)
Solteiro/Divorciado/Viúvo	68 (33,1)
Total	205 (100)

Relativamente à escolaridade (Tabela 4), verificamos que a maioria da amostra tem o ensino secundário ($n = 47$; 22,9%).

Tabela 4. *Variáveis Sociodemográficas: grau de escolaridade*

Grau de escolaridade	n (%)
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	1 (0,5)
1º Ciclo do ensino básico	33 (16,1)
2º Ciclo do ensino básico	20 (9,8)
3º Ciclo do ensino básico	45 (22,0)
Ensino secundário	47 (22,9)
Curso novas oportunidades	17 (8,3)
Curso superior	42 (20,5)
Total	205 (100)

Escolaridade	n (%)
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino/1º Ciclo do ensino básico	34 (16,6)
2º Ciclo do ensino básico/3º Ciclo do ensino básico/ Curso novas oportunidades	82 (40,1)
Ensino secundário	47 (22,9)
Curso superior	42 (20,5)
Total	205 (100)

Tabela 5. *Variáveis Sociodemográficas: profissões*

Profissões (Classificação Portuguesa das Profissões, 2011)	n (%)
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	6 (2,9)
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	32 (15,6)
Técnicos e profissões de nível intermédio	140 (68,3)
Pessoal administrativo	3 (1,5)
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	17 (8,3)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1 (0,5)
Trabalhadores não qualificados	6 (2,9)
Total	205 (100)

Profissões (Classificação Portuguesa das Profissões, 2011)	n (%)
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos/ Especialistas das atividades intelectuais e científicas	38 (18,5)
Técnicos e profissões de nível intermédio/ Pessoal administrativo	143 (69,8)
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores/ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem/ Trabalhadores não qualificados	24 (11,7)
Total	205 (100)

Quanto às Profissões e atendendo à Classificação Portuguesa das Profissões (2011), verificamos que a maioria dos profissionais são técnicos ou têm profissões de nível intermédio ($n = 140$; 68,3%). Apesar de neste trabalho não apresentarmos detalhadamente as profissões de cada profissional, referindo apenas as categorias onde

se inserem achamos relevante referir que a grande maioria era auxiliar ($n = 112$; 59.5%), seguida pelos enfermeiros ($n = 12$; 5.9%).

Tabela 6. *Variáveis Sociodemográficas: tempo de serviço*

Tempo de serviço	<i>n</i> (%)
1-10 anos	143 (70,7)
11-20 anos	42 (21,0)
21-43 anos	17 (9,0)
Total	202 (98,5)
Não respondeu	3 (1,5)
Total	205 (100)
Número de horas - Trabalho Semanal	<i>n</i> (%)
2-30 horas	36 (19,2)
32-56 horas	162 (80,7)
Total	198 (96,6)
Não respondeu	7 (3,4)
Total	205 (100)

Verificamos que a grande maioria tem de tempo de serviço entre 1 a 10 anos ($n = 143$; 70,7%). Relativamente ao número de horas é observável que a maioria faz entre 32 a 56 horas ($n = 162$; 80,7%).

Tabela 7. *Variáveis Sociodemográficas: Formação/Curso acerca do tema “Sexualidade no Idoso”*

Formação/Curso acerca do tema “Sexualidade no Idoso”	<i>n</i> (%)
Sim	53 (25,9)
Não	152 (74,1)
Total	205 (100)

Quanto ao facto dos profissionais terem ou não tido formação sob o tema “Sexualidade no idoso” é perceptível que a grande maioria não teve ($n = 152$; 74,1%) destacando-se dos que já tiveram.

3. RESULTADOS

De seguida, debruçando-nos sobre a ASKAS-28, começamos por analisar cuidadosamente os itens que Viana (2008) afirmava como sendo invertidos. Tal como mencionado no procedimento, verificámos que o item 18 (relativamente ao domínio *Conhecimento*), que deveria ser claramente invertido, não é referido pela autora como tal. Já no domínio *Atitudes*, a autora refere-se ao item 24 como devendo ser invertido, o que se confirma, mas não refere os itens 25 a 28 como devendo ser invertidos, o que se verifica na realidade. Importa, por isso, referir que antes da análise da consistência interna e da análise fatorial da escala invertemos os itens 1, 6, 9, 15, 16, 18 (só o verdadeiro e falso; ou seja, verdadeiro passou a 2 e o falso passou a 1, mantendo-se o não sei=3), do domínio *Conhecimento* e os itens 24, 25, 26, 27 e 28 (discordo fortemente=5; discordo em parte=4; não concordo nem discordo=3; concordo em parte=2; concordo totalmente=1) do domínio das *Atitudes*. No que diz respeito ao domínio *Conhecimento* quanto menor a pontuação apresentada pelo funcionário/cuidador formal, maior o conhecimento acerca da sexualidade no idoso. Quanto ao domínio *Atitudes*, quanto menor a pontuação apresentar o funcionário/cuidador formal, mais liberal é acerca desta temática (versus conservadora).

3.1.Distribuição das respostas aos itens

Depois de procedermos às devidas inversões, nas Tabelas 8, 9, 10 e 11 apresentamos a distribuição das respostas aos itens da ASKAS-28, na primeira administração e no reteste (administração repetida da ASKAS-28, passadas 4 semanas).

Tabela 8.ASKAS-28 *Conhecimento*

ASKAS - 28: Conhecimento n = 205	Verdadeiro n (%)	Falso n (%)	Não Sei n (%)	M (DP)
1...atividade sexual no idoso é perigosa para a saúde	172 (83,9)	13 (6,3)	20 (9,8)	2,03 (0,401)
2...homens com mais de 65 anos...mais tempo...ereção	130 (63,4)	22 (10,7)	53 (25,9)	1,62 (0,869)
3...sexualidade normalmente...se faz sentir...toda a vida	167 (81,5)	23 (11,2)	15 (7,3)	1,26 (0,583)
4... evidências que atividade sexual...efeitos benéficos	127 (62,0)	14 (6,8)	64 (31,2)	1,69 (0,917)
5...atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica	160 (78,0)	7 (3,4)	38 (18,5)	1,4 (0,784)
6... maioria mulheres idosas ...sexualmente indiferente	62 (30,2)	76 (37,1)	67 (32,7)	1,96 (0,836)
7...medicamentos...alteram o impulso sexual	165 (80,5)	11 (5,4)	29 (14,1)	1,34 (0,713)
8...mudanças envolvem lentificação da resposta sexual...	127 (62,0)	21 (10,2)	56 (27,3)	1,8 (2,36)
9...homens e mulheres mais velhos não podem ser parceiros...	155 (75,6)	23 (11,2)	27 (13,2)	2,02 (0,495)
10...calmantes...ansiolíticos ...diminuem atividade sexual	183 (89,3)	8 (3,9)	14 (6,8)	1,18 (0,532)
11... diminuição da frequência da atividade sexual...com avançar da idade...homens	135 (65,9)	35 (17,1)	35 (17,1)	1,51 (0,771)
12...fator importante na manutenção da resposta sexual nos homens...consistência da atividade sexual	83 (40,5)	34 (16,6)	88 (42,9)	2,02 (0,915)
13... medo da incapacidade de ter bom desempenho pode conduzir a incapacidade no homem...	152 (74,1)	3 (1,5)	50 (24,4)	1,5 (0,86)
14...fim da atividade sexual em homens mais associado a causas sociais e psicológicas	84 (41,0)	65 (31,7)	56 (27,3)	1,86 (0,817)
15... masturbação excessiva pode gerar início precoce da confusão mental e demência	88 (42,9)	37 (18,0)	80 (39,0)	2,21 (0,728)
16...existe perda inevitável de satisfação sexual nas mulheres...após menopausa...	61 (29,8)	98 (47,8)	46 (22,4)	1,75 (0,801)
17...impotência secundária aumenta em homens com mais de 60 anos...	95 (46,3)	38 (18,5)	72 (35,1)	1,89 (0,898)
18... impotência em homens...pode ser tratável...	36 (17,6)	115 (56,1)	54 (26,3)	1,7 (0,860)
19...na ausência de incapacidade física...homens e mulheres podem manter atividade sexual...	136 (66,3)	30 (14,6)	39 (19,0)	1,53 (0,796)
20...masturbação nos homens e mulheres têm efeitos benéficos na manutenção da resposta sexual	96 (46,8)	12 (5,9)	97 (47,3)	2,00 (0,973)

Tabela 9.ASKAS-28 Atitudes

ASKAS – 28: Atitudes n = 205	Concordo totalmente n (%)	Concordo em parte n (%)	Não concordo nem discordo n (%)	Discordo em parte n (%)	Discordo totalmente n (%)	M (DP)
21... pessoa idosa revele interesse sexual...causa vergonha a si própria...	108 (52,7)	48 (23,4)	26 (12,7)	18 (8,8)	5 (2,4)	1,85 (1,099)
22...instituições não têm obrigação.. fornecer privacidade...	100 (48,8)	35 (17,1)	27 (13,2)	26 (12,7)	17 (8,3)	2,15 (1,364)
23...medida que vai envelhecendo o interesse na sexualidade desaparece..	62 (30,2)	58 (28,3)	24 (11,7)	47 (22,9)	14 (6,8)	2,48 (1,316)
24...apoia cursos de educação sexual nos idosos...	14 (6,8)	20 (9,8)	42 (20,5)	47 (22,9)	82 (40,0)	3,80 (1,255)
25...apoia cursos de educação sexual nos funcionários...	15 (7,3)	21 (10,2)	55 (26,8)	31 (15,1)	83 (40,5)	3,71 (1,291)
26... masturbação é atividade sexual aceitável...	16 (7,8)	7 (3,4)	66 (32,2)	42 (20,5)	74 (36,1)	3,74 (1,208)
27...instituições devem fornecer camas..casais	12 (5,9)	6 (2,9)	25 (12,2)	44 (21,5)	118 (57,6)	4,22 (1,140)
28...pessoal de enfermagem deve receber educação sobre sexualidade	6 (2,9)	3 (1,5)	33 (16,1)	41 (20,0)	122 (59,5)	4,32 (0,991)

Tabela 10.ASKAS-28 Conhecimento Reteste

ASKAS - 28: Conhecimento – Reteste n = 205	Verdadeiro n (%)	Falso n (%)	Não Sei n (%)	M (DP)
1...atividade sexual no idoso é perigosa para a saúde	25 (92,6)	1 (3,7)	1 (3,7)	2,00 (0,277)
2...homens com mais de 65 anos...mais tempo...ereção	13 (48,1)	7 (25,9)	7 (25,9)	1,78 (0,847)
3...sexualidade normalmente...se faz sentir...toda a vida	18 (66,7)	1 (3,7)	8 (29,6)	1,63 (0,926)
4... evidências que atividade sexual...efeitos benéficos	19 (70,4)	2 (7,4)	6 (22,2)	1,52 (0,849)
5...atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica	23 (85,2)	2 (7,4)	2 (7,4)	1,22 (0,577)
6... maioria mulheres idosas ...sexualmente indiferente	9 (33,3)	9 (33,3)	9 (33,3)	2,00 (0,832)
7...medicamentos...alteram o impulso sexual	23 (85,2)	2 (7,4)	2 (7,4)	1,22 (0,577)
8...mudanças envolvem lentificação da resposta sexual...	18 (66,7)	1 (3,7)	8 (29,6)	1,63 (0,926)
9...homens e mulheres mais velhos não podem ser parceiros...	20 (74,1)	4 (14,8)	3 (11,1)	1,96 (0,518)
10...calmantes...ansiolíticos ...diminuem atividade sexual	23 (85,2)	2 (7,4)	2 (7,4)	1,22 (0,577)
11... diminuição da frequência da atividade sexual...com avançar da idade...homens	16 (59,3)	6 (22,2)	5 (18,5)	1,59 (0,797)
12...fator importante na manutenção da resposta sexual nos homens...consistência da atividade sexual	14 (51,9)	5 (18,5)	8 (29,6)	1,78 (0,892)
13... medo da incapacidade de ter bom desempenho pode conduzir a incapacidade no homem...	15 (55,6)	6 (22,2)	6 (22,2)	1,67 (0,832)
14...fim da atividade sexual em homens mais associado a causas sociais e psicológicas	11 (40,7)	8 (29,6)	8 (29,6)	1,89 (0,847)
15... masturbação excessiva pode gerar início precoce da confusão mental e demência	16 (59,3)	3 (11,1)	8 (29,6)	2,19 (0,622)
16...existe perda inevitável de satisfação sexual nas mulheres...após menopausa...	9 (33,3)	8 (29,6)	10 (37,0)	2,07 (0,829)
17...impotência secundária aumenta em homens com mais de 60 anos...	8 (29,6)	10 (37,0)	9 (33,3)	2,04 (0,808)
18... impotência em homens...pode ser tratável...	6 (22,2)	14 (51,9)	7 (25,9)	1,74 (0,859)
19...na ausência de incapacidade física...homens e mulheres podem manter atividade sexual...	13 (48,1)	6 (22,2)	8 (29,6)	1,81 (0,879)
20...masturbação nos homens e mulheres têm efeitos benéficos na manutenção da resposta sexual	16 (59,3)	2 (7,4)	9 (33,3)	1,74 (0,944)

Tabela 11.ASKAS-28 Atitudes Reteste

ASKAS – 28: Atitudes Reteste n = 205	Concordo totalment e n (%)	Concordo em parte n (%)	Não concordo nem discordo n (%)	Discordo em parte n (%)	Discordo totalment e n (%)	M (DP)
21... pessoa idosa revele interesse sexual...causa vergonha a si própria...	—	2 (7,4)	5 (18,5)	2 (7,4)	18 (66,7)	1,67 (1,038)
22...instituições não têm obrigação.. fornecer privacidade...	—	1 (3,7)	4 (14,8)	3 (11,1)	19 (70,4)	1,52 (0,893)
23...medida que vai envelhecendo o interesse na sexualidade desaparece..	2 (7,4)	3 (11,1)	3 (11,1)	10 (37,0)	9 (33,3)	2,22 (1,251)
24...apoia cursos de educação sexual nos idosos...	—	4 (14,8)	4 (14,8)	13 (48,1)	6 (22,2)	3,78 (0,974)
25...apoia cursos de educação sexual nos funcionários...	2 (7,4)	4 (14,8)	4 (14,8)	9 (33,3)	8 (29,6)	3,63 (1,275)
26... masturbação é atividade sexual aceitável...	2 (7,4)	1 (3,7)	8 (29,6)	7 (25,9)	9 (33,3)	3,74 (1,196)
27...instituições devem fornecer camas..casais	3 (11,1)	—	2 (7,4)	9 (33,3)	13 (48,1)	4,07 (1,269)
28...pessoal de enfermagem deve receber educação sobre sexualidade	3 (11,1)	1 (3,7)	5 (18,5)	5 (18,5)	13 (48,1)	3,89 (1,368)

Como afirmado, White (1982) apresenta as respostas corretas aos itens do domínio *Conhecimento*. Aqui referiremos os itens nos quais se verifica discrepância entre a resposta correta e a dada pela maioria dos funcionários/cuidadores formais da nossa amostra e em apêndice apresentamos as respostas corretas aos itens do domínio *Conhecimento* (apêndice 3). A resposta correta ao item 1 “*A atividade sexual no idoso é frequentemente perigosa para a sua saúde*” é “falso”, mas a grande maioria dos funcionários dá a resposta “verdadeiro” ($n=172$; 83,9%); ao item 9 “*Homens e mulheres mais velhos não podem ser parceiros sexuais, visto que ambos necessitam de parceiros mais jovens/novos para existir estimulação*” é “falso”, mas a grande maioria dos funcionários dá a resposta “verdadeiro” ($n = 155$; 75,6%); ao item 12 “*Um fator importante na manutenção da resposta sexual nos homens idosos é a consistência da atividade sexual, ao longo da vida*” é “falso”, mas a grande maioria dos funcionários dá a resposta “não sei” ($n = 88$; 42,9%); ao item 15 “*A masturbação excessiva pode gerar o início precoce de confusão mental e de demência nos idosos*” é “falso”, mas a grande maioria dos funcionários dá a resposta “verdadeiro” ($n = 88$; 42,9%) por último o item 20 “*A masturbação nos homens e mulheres idosos têm efeitos benéficos na manutenção da resposta sexual*” é “verdadeiro” e a maioria dos funcionários dá a resposta “não sei” ($n = 97$; 47,3).

3.2.Fidelidade

Poder discriminativo/validade interna dos itens

O poder discriminativo/validade interna dos itens ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global (Almeida & Freire, 2003), dado pelas correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item), assim como os coeficientes α excluindo um a um os itens, indicam-se na Tabela 12 que corresponde ao *Conhecimento*. Este mostra que todos os itens podem ser considerados “bons” itens, pois todos se correlacionam acima de 0,20 com o total (quando este não contém o item), à exceção do item 8 que apresenta uma correlação com o total de 0,116, com coeficientes a variarem de 0,222 (item 9) a 0,561 (item 4); (Pasquali, 2003). A maioria dos itens (16) cumpre mesmo o critério mais exigente, com coeficientes superior a 0,30 (Kline, 2000).

Tabela 12. *Distribuição das respostas aos itens*

Itens – Conhecimento	Correlação Item-Total Corrigido	Alfa excluindo o item
1...atividade sexual no idoso é perigosa para a saúde	0,238	0,759
2...homens com mais de 65 anos...mais tempo...ereção	0,38	0,749
3...sexualidade normalmente...se faz sentir...toda a vida	0,349	0,753
4... evidências que atividade sexual...efeitos benéficos	0,561	0,736
5...atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica	0,466	0,744
6... maioria mulheres idosas ...sexualmente indiferente	0,382	0,749
7...medicamentos...alteram o impulso sexual	0,459	0,746
8...mudanças envolvem lentificação da resposta sexual...	0,116	0,823
9...homens e mulheres mais velhos não podem ser parceiros...	0,222	0,759
10...calmantes...ansiolíticos ...diminuem atividade sexual	0,404	0,752
11.... diminuição da frequência da atividade sexual...com avançar da idade...homens	0,386	0,750
12...fator importante na manutenção da resposta sexual nos homens...consistência da atividade sexual	0,373	0,749
13... medo da incapacidade de ter bom desempenho pode conduzir a incapacidade no homem...	0,482	0,742
14...fim da atividade sexual em homens mais associado a causas sociais e psicológicas	0,444	0,745
15... masturbação excessiva pode gerar início precoce da confusão mental e demência	0,314	0,757
16...existe perda inevitável de satisfação sexual nas mulheres...após menopausa...	0,233	0,759
17...impotência secundária aumenta em homens com mais de 60 anos...	0,488	0,741
18... impotência em homens...pode ser tratável...	0,336	0,752
19...na ausência de incapacidade física...homens e mulheres podem manter atividade sexual...	0,428	0,747
20...masturbação nos homens e mulheres têm efeitos benéficos na manutenção da resposta sexual	0,354	0,751

Em relação às *Atitudes*, a Tabela 13 indica que três itens (21, 22, 23) não se mostram bons, visto que não se correlacionam acima dos 0,20 segundo Pasquali, 2003. Os restantes itens mostram-se “bons” com coeficientes a variarem de 0,308 (item 28) a 0,363 (item 27); (Pasquali, 2003). A maioria dos itens (5) cumpre mesmo o critério mais exigente, com coeficientes superior a 0,30 (Kline, 2000).

Tabela 13. Distribuição das respostas aos itens

Itens – Atitudes	Correlação Item- Total Corrigido	Alfa excluindo o item
21... pessoa idosa revele interesse sexual...causa vergonha a si própria...	0,009	0,477
22...instituições não têm obrigação...fornecer privacidade...	-0,068	0,527
23...medida que vai envelhecendo o interesse na sexualidade desaparece...	-0,003	0,495
24...apoiaria cursos de educação sexual nos idosos...	0,383	0,316
25...apoiaria cursos de educação sexual nos funcionários...	0,338	0,336
26... masturbação é atividade sexual aceitável...	0,260	0,337
27...instituições devem fornecer camas...casais	0,298	0,363
28...pessoal de enfermagem deve receber educação sobre sexualidade	0,462	0,308

3.3.Consistência Interna e Análise Fatorial

De seguida, fomos verificar a consistência interna de cada domínio (*Conhecimento* e *Atitude*). Verificámos que a dimensão *Conhecimento* apresentava um alfa de Cronbach de $\alpha = 0,762$ (razoável). Em função do que já tínhamos verificado na análise do poder discriminativo dos itens e visto que, quando excluído, o item 8 aumentava o alfa de Cronbach para 0,823 (boa) (Pestana & Gageiro, 2008), eliminámos esse mesmo item. Quanto à dimensão *Atitudes* a mesma apresentava um alfa de Cronbach de $\alpha = 0,440$ (fraca). Excluímos os itens 21, 22 e 23 porque aumentavam o alfa de Cronbach para 0,749 (aceitável) (Pestana & Gageiro, 2008) e porque já tínhamos verificado, na análise do poder discriminativo dos itens que os mesmos não eram “bons” itens. O facto do alfa de Cronbach desta dimensão ser apenas aceitável pode dever-se ao número reduzido de itens que compõem as *Atitudes*.

Fomos depois, realizar uma análise fatorial exploratória. A análise de componentes principais e o *screeplot* de Catell permitiram-nos verificar a presença de 8 fatores que, pelo número de itens que os compunham e pelo respetivo conteúdo se tornavam dificilmente interpretáveis. Verificámos, no entanto, que nesta análise, os itens relativos ao domínio *Atitudes* saturavam (agrupavam-se) num só domínio. Atendendo a que as hipóteses de resposta do domínio *Atitudes* da ASKAS-28 apresentam opções de resposta distintas da do domínio *Conhecimento*, quisemos verificar se, se transformássemos as opções de resposta do domínio *Atitudes* em três opções de resposta este agrupamento dos seus itens num só domínio voltaria a acontecer. Convertemos as opções de resposta dos itens 24 a 28 “discordo fortemente e discordo em parte “equivalentes” a pontuação 5 e 4 na pontuação 1 (verdadeiro) (quanto

menor a pontuação, atitude mais liberal), mantivemos a opção “não concordo, nem discordo” (pontuação 3) com pontuação 3 e as opções “concordo em parte” e “concordo totalmente” (com pontuação 2 e 1) na pontuação 2 (falso). Verificámos, de novo, que os itens relativos ao domínio *Atitudes* saturavam num só domínio. Atendendo à dificuldade de interpretar os 8 fatores encontrados, forçámos a análise fatorial a dois fatores. A análise de componentes principais e o *screeplot* revelou, então, uma estrutura de 2 fatores que explicavam respetivamente 21,9% e 9,0% da variância. O teste *Kaiser–Meker–Oklin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) e o valor do *Bartlett’s Test of Sphericity* permitiram-nos verificar a adequabilidade dos dados para realização da análise. O KMO deve ser $\geq 0,6$ e o valor encontrado foi de 0,774. Para o *Bartlett’s Test of Sphericity* ser significativo deve ser $\leq 0,05$ e esta análise atingiu a significância estatística ($p < 0,001$). Encontrámos, então, 2 fatores, compostos pelos seguintes itens:

Fator 1. Conhecimento: 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 e 20.

Fator 2. Atitudes: 24, 25, 26, 27 e 28.

De seguida, somamos as pontuações dos itens de cada fator (*Conhecimento* e *Atitudes*) quer no que diz respeito à primeira administração, quer ao reteste. Na Tabela 14 apresentamos as médias e desvios padrão de cada uma dos fatores.

Realizámos correlações de Pearson entre os fatores (entre si e com outro fator do teste) (Tabela 15) para verificar a estabilidade teste-reteste/temporal. Os valores encontrados indicam uma correlação elevada de acordo com Cohen (1992), muito abonatório deste parâmetro. Consideramos pertinente ainda referir que os domínios *Conhecimento* e *Atitudes* se encontram correlacionados negativamente entre si ($r = -0,349$), indicando que conhecimento mais elevado na área da sexualidade está associado a atitudes mais conservadoras.

Tabela 14. Média, desvio padrão dos fatores *Conhecimento* e *Atitudes* (1ª administração e reteste)

	<i>M (DP)</i>
Conhecimento	32,5 (7,26)
Atitudes	19,8 (4,17)
Conhecimento reteste	33,1 (7,73)
Atitudes reteste	19,1 (5,32)

Tabela 15. *Correlação de Pearson*

Correlações	Conhecimento	Conhecimento reteste	Atitude reteste
Conhecimento	-	0,501**	NS
Atitudes	-0,349**	-0,349**	0,685**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; NS=Não significativo

3.4. Validade de Construto

Através de correlações do ponto bisserial, fomos testar associações entre as variáveis centrais do estudo: *Conhecimento* e *Atitudes* (explorando apenas os resultados obtidos na primeira administração) e as diferentes variáveis sociodemográficas consideradas neste estudo: idade (categorizado) género, estado civil (categorizado), escolaridade (categorizada), função/atividade exercida (categorizada); tempo de serviço (categorizado), horas de trabalho por semana (categorizado), ter tido ou não formação na área da sexualidade no idoso e religião (ser-se ou não religioso) (Tabela 16).

Tabela 16. *Correlações do ponto bisserial entre as variáveis Conhecimento e Atitudes da ASKAS-28 e as variáveis sociodemográficas*

	Idade	Género	Esta do civil	Escolaridade	Função	Tempo de serviço	Horas (por semana)	Formação na área da sexualidade no idoso	Religião
Conhecimento	NS	NS	NS	-0,320**	0,316**	NS	0,146*	0,155*	NS
Atitudes	- 0,271**	NS	NS	0,367**	-0,296**	NS	-0,281**	-0,274**	-0,166*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; NS=Não significativo

Podemos verificar que as correlações entre as variáveis género, estado civil, tempo de serviço e religião e o nível de *Conhecimento* não são significativas o que revela que o *Conhecimento* sobre a sexualidade no idoso não diverge significativamente, em função das variáveis referidas. Tal já não se verifica com as seguintes variáveis: 1) escolaridade ($r = -0,320$), o que revela que a escolaridade se associa significativamente ao conhecimento dos funcionários/cuidadores formais em relação à sexualidade; 2) horas de trabalho por semana ($r = 0,146$) e 3) formação na área da sexualidade no idoso ($r = 0,155$).

Um teste *t de Student* revelou que o grupo que tinha menos horas de serviço por semana (2h-30h) revela uma pontuação mais baixa na variável *Conhecimento* acerca da sexualidade do idoso ($M = 30,2$; $DP = 5,82$; $n = 38$) do que os que apresenta mais horas

de serviço (32h-56h) ($M = 32,9$; $DP = 7,44$; $n = 160$), $t(196) = -0,2394$ (0,019) o que indica que quem tem apresentado menos horas de serviço tem maior conhecimento sobre a temática da sexualidade no idoso. Outro *teste t de Student* revelou que o grupo que tinha formação na área da sexualidade do idoso apresenta uma pontuação de Conhecimento sobre o tema mais baixa ($M = 30,6$; $DP = 5,65$; $n = 53$) do que os que não tinham formação na área ($M = 33,1$; $DP = 7,64$; $n = 152$), $t(203) = -2,576$ (0,011) indicando que os cuidadores com formação na área têm mais conhecimento sobre a temática o que era expectável. Uma *One Way Anova* permitiu verificar as diferenças entre as várias categorias da variável Escolaridade em termos de *Conhecimento*. Assegurámos a homogeneidade das variâncias, testada através do teste da homogeneidade das variâncias (teste de Levene). Verificou-se um resultado significativo $F(3, 201) = 7,910$, $p \leq 0,001$. O eta quadrado entre os grupos foi de 0,105 o que é um efeito médio segundo Cohen (1988, pp. 284-287) (0,01 indica um efeito pequeno; 0,06 um efeito médio e 0,14 um efeito grande). O teste de comparações *Post-hoc* usando o teste de *Tukey HSD* indicou que a média do grupo 4 (Curso superior) ($M = 28,5$; $DP = 4,02$) foi significativamente diferente da do grupo1 (Não sabe ler nem escrever/sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino/1º ciclo do ensino básico) ($M = 35,5$; $DP = 10,88$) e do grupo2 (2º ciclo do ensino básico/3º ciclo do ensino básico/curso novas oportunidades) ($M = 33,6$; $DP = 6,42$). Uma nova *One Way Anova* permitiu comparar verificar as diferenças entre as várias categorias da variável Função/atividade, em termos de *Conhecimento*. Assegurámos a homogeneidade das variâncias, testada através do teste da homogeneidade das variâncias (teste de Levene). Verificou-se um resultado significativo $F(2, 202) = 11,638$, $p \leq 0,001$. O eta quadrado entre os grupos foi de 0,103 o que é um efeito médio segundo Cohen (1988, pp. 284-287) (0,01 indica um efeito pequeno; 0,06 um efeito médio e 0,14 um efeito grande). O teste de comparações *Post-hoc* usando o teste de *Tukey HSD* indicou que a média do grupo1 (Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos/ Especialistas das atividades intelectuais e científicas) ($M = 28,1$; $DP = 4,10$) foi significativamente diferente menor da do grupo3 (Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores/ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem/ Trabalhadores não qualificados) ($M = 36,1$; $DP = 7,53$) e do grupo2 (Técnicos e profissões de nível intermédio/ Pessoal administrativo) ($M = 33,0$; $DP = 7,37$).

Em relação às *Atitudes* verificamos que as variáveis género, estado civil e tempo de serviço não estão estatisticamente associadas às mesmas. No entanto, a idade, escolaridade, função/atividade, hora de trabalho por semana e formação na área da sexualidade no idoso e religião estão associadas com as *Atitudes*. Relembramos que uma pontuação mais alta nas *Atitudes* revela que os funcionários têm uma atitude mais conservadora em relação à sexualidade do idoso.

Um teste *U de Mann Whitney* permitiu verificar que o grupo 1 (idade inferior ou igual a 41 anos) apresenta uma pontuação mais alta na variável ($Md = 22,00$; $n = 103$) *Atitudes*, do que o grupo 2 (superior ou igual a 42 anos) ($Md = 19,00$; $n = 102$), $U(205) = 3710,00$, $p \leq 0,001$. Outro teste *U de Mann Whitney* permitiu verificar que o grupo com menos horas de serviço semanal ($Md = 23,00$; $n = 38$) apresenta uma pontuação mais alta na variável *Atitudes* ($Md = 19,5$; $n = 160$), $U(198) = 1791,00$, $p \leq 0,001$ indicando uma atitude mais conservadora da sua parte. Da mesma forma, o mesmo teste mostrou que o grupo sem formação na área da sexualidade do idoso apresenta uma pontuação mais alta na mesma variável ($Md = 23,00$; $n = 53$) do que o grupo que não tem formação na área ($Md = 19,5$; $n = 152$), $U(198) = 2577,00$, $p \leq 0,001$ indicando que os sujeitos sem formação tem atitudes mais conservadoras. Quanto à religião, o grupo que afirma possuir uma religião apresenta uma pontuação mais elevada na variável *Atitudes* ($Md = 20,0$; $n = 145$) do que o grupo que afirma não possuir nenhuma religião ($Md = 19,0$; $n = 58$), $U(203) = 3316,000$, $p = 0,018$. Um teste *Kruskal Wallis* permitiu verificar diferenças entre categorias da variável Escolaridade em termos de *Atitudes*. Verificaram-se diferenças significativas entre as categorias (grupo 1/ Não sabe ler nem escrever/sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino/1º ciclo do ensino básico, $Md = 19,0$ $n = 34$; grupo 2/2º ciclo do ensino básico/3º ciclo do ensino básico/curso novas oportunidade, $Md = 19,0$; $n = 82$; grupo 3/Ensino Secundário, $Md = 20,0$; $n = 47$ e grupo 4/Curso Superior, $Md = 29,0$; $n = 42$), $\chi^2(3, n = 205) = 34,137$, $p \leq 0,001$. O grupo 4 apresenta um valor de Mediana mais elevado do que os outros três grupos (o grupo 4 tem Mediana de 29 grupo 1 e o Grupo 2 apresentaram um valor de Mediana de 19 e o grupo 3 de 20); indicando que o grupo com maior escolaridade apresenta uma atitude mais conservadora. Um teste *Kruskal Wallis* permitiu verificar diferenças entre categorias da variável Função/Atividade em termos de *Atitudes*. Verificaram-se diferenças significativas entre as categorias (grupo 1/ Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos/Especialistas das atividades intelectuais e científicas, $n = 38$; grupo 2/Técnicos e

profissões de nível intermédio/ Pessoal administrativo, $n = 143$; grupo 3/Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores/ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem/ Trabalhadores não qualificados, $n = 24$, $\chi^2(2, rd = 24, n = 205) = 27,446, p \leq 0,001$. O grupo 1 apresenta um valor de Mediana mais elevado do que os outros dois grupos (o grupo 3 apresentou um valor de Mediana de 20 e o grupo 2 de 19).

4. Discussão/ Conclusão

O objetivo principal desta dissertação prendia-se com a adaptação e validação da ASKAS-28 (Viana, 2008) um instrumento que pretende avaliar *Conhecimentos* e as *Atitudes* acerca da sexualidade nos idosos. A amostra recolhida (205 sujeitos) mostrou-se adequada para as análises estatísticas realizadas. O objetivo inicial era alcançar uma amostra maior mas a demora de autorização de algumas instituições e a não resposta por parte dos funcionários/cuidadores formais impediu que esta fosse maior. Em alguns locais onde se realizou a recolha da amostra não houve aceitação do preenchimento do instrumento, tendo sido expresso pelos diretores das instituições que tal se devia à temática. Também na obtenção dos dados relativos ao reteste houve dificuldades, pelo que apenas uma instituição colaborou a este nível. Podemos hipotetizar, então, a presença de um preconceito generalizado ou de atitudes conservadoras em relação à sexualidade no idoso, tal como referido na literatura (Glass et al., 1986; Mahieu et al, 2011).

De seguida são discutidos os principais resultados obtidos, tentando integrar as conceptualizações teóricas já abordadas no presente trabalho.

No nosso estudo, a ASKAS-28 apresentou uma boa fidedignidade ($\alpha = 0,823$ para o *Conhecimento* e aceitável ($\alpha = 0,749$) para as *Atitudes* (Pestana & Gageiro, 2008) comparável, ainda que com valores ligeiramente inferiores aos obtidos na validação da ASKAS-28 original (Viana, 2008) em que o domínio *Conhecimento* apresentou um alfa de Cronbach de 0.906 (muito boa) e o domínio *Atitudes* um alfa de Cronbach de 0.826 (boa) (Pestana & Gageiro, 2008).

O estudo da estrutura fatorial através do método de análise em componentes principais, permitiu-nos encontrar uma solução com dois fatores, que também vai ao encontro do proposto por Viana (2008).

O estudo dos itens da ASKAS-28 revelou que a larga maioria dos itens apresentava uma boa correlação item-total, à exceção do item 8 do domínio do *Conhecimento* que apresentou um valor de (0,116) e dos itens 21, 22 e 23 do domínio *Atitudes* que apresentaram valores de 0,009; -0,068; -0,003. Apesar disso e segundo Klein (2000) o critério mais exigente indica que os itens devem apresentar uma correlação superior a 0,30, o que aconteceu com os outros itens. Estas correlações refletem o poder discriminativo do item, ou seja, o grau em que o item se diferencia no mesmo sentido da escala global. Valores mais elevados de poder discriminativo dos itens associam-se a coeficientes mais elevados de fidelidade da escala uma vez que vão no sentido da sua homogeneidade ou consistência (Almeida & Freire, 2008). Justificou-se a remoção do item 8 “*Basicamente, as mudanças que ocorrem na sexualidade com o avançar da idade + 65 anos envolvem uma lentificação da resposta sexual em vez de uma redução do interesse sexual*” da parte do *Conhecimento*, por apresentar, então, uma correlação do item-total inferior a 0,20 e porque a sua remoção aumentava o valor de consistência interna da escala para 0,823. Quando o item está presente o alfa de Cronbach era de 0,762. Já a remoção da parte das *Atitudes*, do item 21 “*Uma pessoa idosa que revela interesse sexual causa vergonha/desgraça a si própria*”, do item 22 “*As instituições não têm obrigação de fornecer privacidade adequada aos residentes que desejem estar sozinhos, quer por si só, quer enquanto casal*”, e do item 23 “*A medida que uma pessoa vai envelhecendo (mais que 65 anos de idade) o interesse na sexualidade inevitavelmente desaparece*”, também fez aumentar o valor de consistência interna da sub escala para 0,749. Os restantes 24 itens da ASKAS estão formulados no sentido de avaliar o construto subjacente à globalidade da escala.

Relativamente à estabilidade teste-reteste/temporal os resultados são altamente abonatórios/favoráveis visto que as correlações são elevadas de acordo com Cohen (1992). Este é mais um dado que indica a boa fidelidade da ASKAS-28. Consideramos pertinente ainda referir que os domínios *Conhecimento* e *Atitudes* se encontram correlacionados negativamente entre si ($r = -0,349$), indicando que um *Conhecimento* mais elevado na área da sexualidade está associado a *Atitudes* mais conservadoras, por sua vez, um *Conhecimento* mais baixo está associado a *Atitudes* mais liberais. Não podemos deixar de discutir este resultado surpreendente, pois vai de encontro ao que a literatura apresenta, de que existe uma correlação negativa entre o *Conhecimento* e as *Atitudes*, indicando que um *Conhecimento* elevado sobre a temática conduz a *Atitudes*

mais conservadoras sobre a sexualidade no idoso (Glass et al, 1986; Mahieu et al, 2011).

Para testar a validade de construto fomos explorar as associações dos domínios do *Conhecimento* e *Atitudes* da ASKAS-28 com diferentes variáveis sociodemográficas. No diz respeito ao *Conhecimento* não se encontraram associação significativas com as variáveis sociodemográficas idade, género, estado civil, tempo de serviço e religião, o que revela que o *Conhecimento* sobre a sexualidade no idoso não diverge significativamente, em função das variáveis referidas. Tal já não se verifica com as horas de trabalho por semana, escolaridade, e a existência ou não de formação na área da sexualidade no idoso. O *test t de Student* permitiu verificar que eram os cuidadores formais que trabalhavam menos horas por semana que apresentavam maior *Conhecimento* (por terem uma pontuação mais baixa neste domínio). Este resultado não é congruente com a literatura, porque os estudos demonstram precisamente o contrário, menos horas por semana acarreta menor *Conhecimento* sobre a temática (Glass et al, 1986). Quanto à escolaridade e quanto à formação na área da sexualidade, outros *testes t de Student* mostraram que os cuidadores com maior grau académico e com formação na área possuíam menor *Conhecimento* sobre a temática. Estes últimos dados são incongruentes com a literatura que mostra que um nível elevado na educação/formação leva a uma *Atitude* mais permissiva/liberal (Gendens and Van Acker, 2002; Glass et al., 1986).

Quanto às *Atitudes*, não se encontraram associações estatisticamente significativas com as variáveis género, estado civil e tempo de serviço. Quanto ao resultado não significativo obtido com a variável género, este não é congruente com a literatura, porque os estudos revelam a influência do género, com o género masculino a ser mais permissivo do que as colegas do género feminino (Glass et al., 1986). Quanto à experiência (tempo de serviço), a literatura aponta para que os cuidadores com menos anos de serviço (5 anos) normalmente tenham uma pontuação mais elevada nas *Atitudes*, refletindo maior conservadorismo em relação à sexualidade no idoso (Bouman, Arcelus & Benbow, 2007; Glass et al., 1986). As análises mostraram, ainda, associações entre as *Atitudes* e as variáveis idade, escolaridade, função/atividade, hora de trabalho por semana, formação na área da sexualidade no idoso e religião. São os cuidadores formais mais novos, com menos horas de serviço (semanal), sem formação na área da sexualidade, com um grau de escolaridade mais elevado, maior estatuto profissional e afirmando seguir uma religião (relembremos que a maioria são católicos)

que apresentam *Atitudes* mais conservadoras quanto à temática. Quanto à escolaridade e estatuto profissional os resultados divergem da literatura, visto que outros estudos demonstraram que uma educação elevada está associada a uma atitude mais permissiva em relação à sexualidade no idoso (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006). Pelo contrário, um nível normal/baixo educacional tende a associar-se a atitudes mais restritas/conservadoras (Gendens and Van Acker, 2002; Glass et al., 1986; Mahieu et al, 2011). Hipotetizamos que quanto maior o grau de escolaridade menos “atenção”/informação em relação à sexualidade do idoso, podendo demonstrar que a sexualidade no idoso não é importante para estes funcionários/cuidadores formais. Quanto à religião os resultados vão ao encontro da literatura, pois a presença de uma religião ou o seguir uma religião dos funcionários/cuidadores formais faz com que estes tenham uma atitude mais negativa em relação à sexualidade no idoso (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006). Os nossos resultados quanto à idade são também curiosos, porque são os cuidadores mais jovens a terem atitudes mais conservadoras o que diverge da literatura, em que estudos indicam que as pessoas mais jovens apresentam uma atitude positiva e uma mentalidade mais aberta em relação à sexualidade no idoso (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006, 2007; Quinn-Keach and Van Hoozer, 1988). Hipotetizamos que este dado se deva ao facto da grande maioria destas pessoas, terem uma religião (católica), sendo que esta influencia as suas *Atitudes*. Quanto à ausência de formação e um menor número de horas de trabalho semanal estarem associados a atitudes mais conservadoras, estes dados seguem de perto a literatura, pois vários estudos revelam que a falta de formação/treino e o menor número de horas na temática da sexualidade no idoso levam a que os funcionários tenham uma atitude mais negativa, logo conservadora (Aja & Self, 1986; Walker & Harrington, 2002; White & Catania, 1982)

Não podemos deixar de referir os itens nos quais se verificou uma discrepância entre a resposta correta apresentada por White (1982) e a que foi dada pela maioria dos funcionários/cuidadores formais da nossa amostra. Em relação ao item 1 “*A atividade sexual no idoso é frequentemente perigosa para a sua saúde*” a resposta correta seria “falso”, mas a grande maioria dos funcionários dá a resposta “verdadeiro” ($n=172$; 83,9%) ao item 9 “*Homens e mulheres mais velhos não podem ser parceiros sexuais, visto que ambos necessitam de parceiros mais jovens/novos para existir estimulação*” a resposta correta seria “falso”, mas a grande maioria dos funcionários deu a resposta “verdadeiro” ($n = 155$; 75,6%) ao item 12 “*Um fator importante na manutenção da resposta sexual nos homens idosos é a consistência da atividade sexual, ao longo da*

vida” a resposta correta seria “falso”, mas a grande maioria dos funcionários deu a resposta “não sei” ($n = 88$; 42,9%), verificando-se a falta de formação que os funcionários/cuidadores formais apresentam; ao item 15 “*A masturbação excessiva pode gerar o início precoce de confusão mental e de demência nos idosos*” a resposta correta seria “falso”, mas a grande maioria dos funcionários deu a resposta “verdadeiro” ($n = 88$; 42,9%), voltando a estar clara a falta de informação/formação por parte dos cuidadores, assim, como eventualmente a presença de determinadas crenças religiosas, por último o item 20 “*A masturbação nos homens e mulheres idosos têm efeitos benéficos na manutenção da resposta sexual*” a resposta correta seria “verdadeiro” e a maioria dos funcionários deu a resposta “não sei” ($n = 97$; 47,3) transmitindo de novo a falta de conhecimentos por parte desta amostra.

É imperativo também falar sobre as limitações deste estudo, pois foram algumas: 1) não explorámos outras propriedades psicométricas do instrumento. No futuro gostaríamos, por exemplo, de verificar a validade convergente e discriminante da ASKAS-28; 2) a nossa amostra é maioritariamente constituída por mulheres ($n = 186$; 90,7 %), tal poderia contribuir-se como uma limitação mas podemos eventualmente afirmar que esta distribuição parece ser representativa da população de funcionários/cuidadores formais, pois a maioria dos estudos (Bouman, Arcelus & Benbow, 2007; Walker, Osgood, Richardson, & Ephross, 1998; White, 1982) revelam que existem mais mulheres (funcionárias/cuidadores formais) nas instituições do que homens.

Uma das maiores dificuldades sentidas foi na recolha dos dados e na obtenção de autorização por parte dos diretores das instituições, indicando ainda existir muito preconceito em relação à temática. Assim parece importante tentar mudar “mentalidades”, no nosso país. Na recolha de dados testemunhei que muito dos idosos casais institucionalizados não dormiam juntos no mesmo quarto. Parece urgente formar mais funcionários e mudar o funcionamento das instituições, dando por exemplo, condições de privacidade aos idosos. Os profissionais necessitam de desenvolver mais aceitação e abertura quanto à atividade sexual do idoso. (Papalia et al., 1998). Com o aumento da esperança média de vida as pessoas vivem mais anos. Assim é preciso fomentar uma velhice mais saudável e com uma maior qualidade de vida, onde todas as questões possam ser abordadas de forma clara e esclarecida, mesmo que sejam questões de carácter sexual, portanto são igualmente vitais para a promoção do bem-estar e da alegria de bem viver. (Costa, 2009)

Parece que apesar de pensar que as atitudes estariam mudadas em pleno século XXI, as evidências mostram que a sexualidade no idoso ainda continua a ser negligenciada. Trata-se de uma área de que é necessário/urgente falar lembrando que os idosos têm uma sexualidade ativa (Benbow & Beeston, 2012).

Para finalizar, importa refletir sobre as implicações do estudo para a investigação e prática clínica futuras. Assim, sugere-se para investigações futuras: um acompanhamento aquando da entrega do instrumento, explicando-o e esclarecendo as dúvidas que os diretores das instituições e funcionários/cuidadores formais possam ter; mais estudos com uma amostra mais diversificada e, especificamente, com sujeitos idosos (para avaliar o seu próprio *Conhecimento e Atitudes*); desenvolver um programa sobre educação sexual para funcionários/cuidadores formais e idosos; uma intervenção sistémica abrangendo pessoal técnico, familiares e sociedade em geral e o mais importante uma maior especialização na área da sexualidade, pois um dos grandes problemas é falta de técnicos especializados e segundo Vaz (2000) “*a falta de formação dos técnicos (...) leva-os a confirmar receios despropositados e a passar verdadeiras «certidões de óbito» eróticas (...).*” A um nível mais prático esta investigação permitiu reafirmar a importância deste instrumento, pois em Portugal na área da sexualidade não existe nenhum instrumento validado. Por fim, esta dissertação permitiu estabelecer alguns caminhos orientadores para outros estudos e colmatar lacunas na investigação sobre sexualidade.

5.Referências Bibliográficas

- Aja, A., & Self, D. (1986). Alternate methods of changing nursing home staff attitudes towards sexual behavior of the aged. *Journal of Sex Education and Therapy*, 12, 37 – 41.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press. (p.4)
- Almeida, L.S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (3ª Edição Revista e Ampliada)*. Braga. Psiquilíbrios
- Bauer, M. (1999). Global Aging: Their only privacy is between their sheets: Privacy and the sexuality of elderly nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(8), 37 – 41.
- Berger, J.T. (2000). Sexuality and intimacy in the nursing home: A romantic couple of mixed cognitive capacities. *Journal of Clinical Ethics*, 11(4), 309 – 313.

- Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2007). Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 45–61. doi:10.1080/14681990600637630
- Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 21, (2).
- Catell, R.B. (1966). The scree test for number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, 2009. Sexualidade e amor na terceira idade. Porto: Universidade Psicologia e Ciências da Educação. (dissertação).
- Dogan, S., Demir, B., Eker, E., & Karim, S. (2008) Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *International Psychogeriatrics*, 37 (4) doi:10.1017/S1041610208007229.
- Glass, J.C., Mustian, R.D., & Carter, L.R. (1986). Knowledge and attitudes of health-care providers toward sexuality in the institutionalised elderly. *Educational Gerontology*, 12(5), 465 – 475.
- Gendens, F., Van Acker, R. (2002) Kennis en attitudes bij het verzorgend personeel ten aanzien van seksualiteit en intimiteit in de chronische geriatrische zorgverlening. *Verpleegkunde* 17 (1), 32-43.
- Gott, M., Hinchliff, S., Galena, E., (2004) General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine* 58, 2093-2103
- Hajjar, R. R., & Kamel, H. K. (2003). Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(3), 152–156. doi:10.1097/01.JAM.0000061465.00838.57
- Holmes, D. Reingold, J. & Teresi, J. (1997). Sexual expression and dementia. Views of caregivers: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(7), 695 – 701.
- Hite, S. (1979). The Hite report. *Journal of School Health*, 49, 251–254.
- Kaiser, H. (1970). A second generation: Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-3

- Kerlinger, F.N. (1986) *Foundations of Behavioral Research*. 3ª Ed: Holt, Rinehard and Winston, New York, pp.415.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. & Martin, C.E. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male* (Philadelphia, PA, W.B. Saunders).
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. & Gebhard, P.H. (1953) *Sexual Behavior in the Human Female* (Philadelphia, PA, W.B. Saunders).
- Lee, S.S. (1997). A study on sex-role attitude and marital adjustment among elderly persons. *Journal of Korea Gerontology Society*, 17 (2), 70-85.
- Lima, M. P. (2006). Sexualidade “de terceira” na Terceira Idade? *Psychologica*, (41), 83-101.
- Livni, M.D., (1994). Nurses attitudes toward sexuality and dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2 (4), 338-345.
- López, F. & Fuentes, A. (1999). Para compreender a sexualidade. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Lyder C.H. (1992) NPs play major role in promoting sexuality among institutionalized elderly. *Nurse Practitioner* 17(9), 10.
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2011). Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, 1–12. doi:10.1017/S1041610211001542
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. New York: Little Brown.
- Martins, A. S. (2002, fevereiro). Sexualidade e Envelhecimento. *Geriatrics*, 15 (141), 40-45.
- Mccartney, J.R., Izeman, H., Rogers, D. & Cohen, N. (1987). Sexuality and the institutionalised elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35(4), 331 – 333.
- Mulligan, T. & Palguta, R.F. (1991). Sexual interest, activity, and satisfaction among male nursing home residents. *Archives of Sexual Behavior*, 20(2), 199 – 204.
- Nagaratnam, N., & Gayagay, G. (2002). Hypersexuality in nursing care facilities--a descriptive study *Archives of gerontology and geriatrics*, 35(3), 195–203.
- Nodin, N. (2001). Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Nunnally, J. (1970) *Psychometric Theory*. New York, McGraw-Hill
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do Idoso – Temas complementares*. Livpsic/Legis Editora.

- Oppenheimer, C. (2002). *Sexuality in old age*. In R. Jacoby & C. Oppenheimer (Eds.), *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 15)*. (pp. 53-64, 146-178) Open University Press. McGraw Hill Education.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, R.D., *Human Development*, McGraw Hill, 7^a edition, 1998
- Parke, F. (1991). Sexuality in later life. *Nursing Times*, 87, 40 – 42.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos Testes na Psicologia e Educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edicoes Silabo.
- Quinn-Krach, P., & Van Hoozer, H. (1988). Sexuality of the aged and the attitudes and knowledge of nursing students. *Journal of Nursing Education*, 27 (8), 359-363.
- Rathus, S.A., Nevid, J.S., & Fichener-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 342–349. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.08.004
- Spector I. & Fremeth S. (1996) Sexual behaviours and attitudes of geriatric residents in long term care facilities. *Journal of Sex and Marital Therapy* 22(4), 235–246.
- Scott M. (1996) Sexuality and aging – myths, attitudes and barriers. <http://socserv2.mcmaster.ca/soc/courses/soc343e/stuweb/scott/scott4.htm>, last accessed December, 2011.
- Smith, E., Nolen-Hoekema, S. & Frederickson, B. (2002). Atkinson & Hilgard's *Introduction to psychology*. 14th edition. New York: Harcourt Brace Jovanovitch.
- Sullivan-Miller, B. (1987). Dealing with attitudes and preconceived notions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 407 – 411.
- Vaz, J. (2000). *O sexo dos anjos*. Lisboa: Relógio D'Água
- Viana, H. (2008). Adaptação e validação da ASKAS – Aging sexual knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros. Tese. Campinas.

- White C.B., & Catania J.A., *Psychoeducational Intervention for Sexuality with the Aged, Family Members of the Aged and People Who Work with the Aged*. International Journal of Aging and Human Development, 15, 1982.
- World Health Organization (2006). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*. Geneva:WHO.
- Watters, Y., & Boyd, T. V. (2009). Sexuality in later life: opportunity for reflections for healthcare providers. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(3-4), 307–315. doi:10.1080/14681990903398047
- Weeks, D. J. (2002). Sex for the mature adult: Health, self-esteem and countering ageist stereotypes. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(3), 231–240. doi:10.1080/14681990220149031
- Walker, B.L., Osgood, N.J., Richardson, J.P. & Ephross, P.H. (1998). Staff and elderly knowledge and attitudes toward elderly sexuality. *Educational Gerontology*, 24(5), 471 – 490.
- Walker, B.L., Harrington, D., 2002. Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology* 28, 639–654.